

国の難病対策については、31年たちますが、難病対策にかかわります法律というのはまだありません。そういう点では、社会的に難病患者が救済をされているという現状にはなっていないと、私たちはとらえております。現在は、難病対策の要綱で対応という形になっております。そういう点では、この委員会の資料についても、保健所と難病対策の関係を示す資料をぜひ配布をしていただきたいと、このようにお願いを、まず冒頭に申し上げておきたいと思っております。

そういう点で、難病対策にかかわりまして、簡単に説明をさせていただきたいと思っております。国の難病対策は、5本の柱から成り立っております。1点目は、調査研究の推進ということで、難病の治療や原因、そういう問題について研究班を設置をして研究を進めている課題であります。2点目の問題については、医療施設の整備の問題であります。国立療養所や重症患者の拠点病院、協力病院の確保の問題。3点目には、医療費の自己負担の軽減の問題であります。治療研究事業という形で、特定疾患治療研究事業というのが行われています。これが、医療費の助成といわれる問題であります。4点目に、保健所とも深くかかわります、地域における保健、医療、福祉の充実、連携の問題であります。この問題については、あとでちょっと詳しく述べさせていただきたいと思っております。5点目に、QOLの向上を目指した福祉施策の推進。これは市町村を中心として、保健所も協力しながら対応しなければいけない課題になっております。

この中で、保健所行政と深くかかわりをもつのが、先ほど言いました医療費の助成、特定疾患治療研究事業です。現在、特定疾患研究事業という形で指定をされています疾患が45疾患、約50万人の患者がいます。それ以外にも、調査研究班という形で118疾患、この50万人以外にも、難病患者と言われる、原因や治療方法がわからない病気で苦しんでいる多くの患者さんがいます。

私の場合ですが、私は妻が多発性硬化症の患者です。板橋区に住んでいますので、板橋の保健所にこの難病医療費に関する公費助成の申請を行います。この申請を受けつける保健師さんと、そこで面接があります。患者の状況や家庭の状況、日常生活で困っている、そういう聞き取り調査があります。ここで、先ほど聞き取り調査をした保健師さんが、難病対策の事業に基づいて、その患者さんがどういう施策が必要なのかという判断がなされる。また、日常的にその点検がなされていくと、そういう形になっております。

そういう点で、先ほどの地域で難病患者が生きていく上で必要な施策の4本目の、地域における保健、医療、福祉の充実の連携の柱であります、大きくいって5点に分かれています。

病院でなかなか引き受け手もない、そういう患者さんを病院に入れるような施設を確保する、重症難病患者入院施設確保事業というものがあります。それから、地域支援対策事業としまして、在宅療養支援計画策定評価事業というのが、都道府県、保健所、政令市、特別区という、そういう実施主体で事業が実施をされております。重症患者の療養を支援するために、保健所が医療及び福祉関係者の協力を得て、保健、医療、福祉にわたる各種

サービスの効率的な提供を行うための計画策定を行う事業であります。3点目に、訪問、相談事業があります。在宅の重症患者、家族の精神的負担の軽減を図るため、保健所が保健師、看護師等、有資格者及び経験者を派遣して、訪問相談を行う事業であります。4点目は、医療相談事業です。専門医、看護師、ケースワーカー等により構成された相談班を設置し、都道府県みずから、または適当な団体に委託して、医療相談を行う事業であります。5点目に、訪問相談事業であります。専門医、主治医、保健師、看護師、理学療法士による診療班を設置し、都道府県、または適切な団体に委託をして、在宅療養患者を訪問して診療、指導を行う事業であります。

このような形で、先ほど申しましたとおり、保健所はこれらの事業に深くかかわるといふ点で大変重要な位置を占めていると、このように考えております。ここで具体的な事例を申しますが、最近、平成15年の7月17日付で、各都道府県知事あてに、「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」という文書が出されております。皆さんもご存じのとおり、ALS患者が気管切開をして在宅で生活をする、そのために痰の吸引が必要になっております。この問題について、家族だけに限定をされていると。この痰の吸引の問題について、一定の条件のもとで、当面の措置としてホームヘルパーを含めたほかの方がやることについて、やむを得ないという形の、在宅療養の支援の文書が出ております。大変危険な、生命にも危険を及ぼすような、そういう新たな事業であります。こういう事業についても、具体的には保健所は深くかかわる形になろうかと思えます。

それから、新しく今年度から3年で事業整備をするということで、全国難病相談センターというのを各都道府県に設置する形になっております。こういう新たな事業に関して、保健所が医療という観点から深くかかわるといふ、このことはどうしても必要であります。そういう点で、難病患者、家族が地域で病気を抱えながら生涯生きていくためには、どうしても最先端医療の情報と、具体的な支援策が必要になっております。この最先端医療の情報と疾病についての知識をもった、そういう医師資格をもった保健所長が、ほかの主治医や保健師、看護師、理学療法士などを束ねていくと、そういう視点での束ねていく人が、どうしてもやはり必要だということについて、改めて申し上げておきたいと思えます。

最後に、最近大変困っている問題について、お話をさせていただきたいと思えます。保健所長の医師資格の問題の根底には、地方分権改革推進会議の考え方があると思えます。この考え方の問題について、意見を述べさせていただきたいと思えます。地方にできることは地方に委ねる。国から地方への基本方針に照らせば、結論はおのずと明らかである、という考え方であり、私は一般的には正しいと思えますが、こと難病患者の対策においては、この考え方は誤りだと思えます。私たち難病患者にかかわる対策については、地域格差があっては大変困ります。全国均一での、最先端の医療情報や医療技術が必要だからです。

今年の10月に特定疾病治療研究事業、先ほど言いました難病医療費の医療助成の大きな改正があります。結果的には、患者の本人負担が大幅に引き上げられることになりました。

しかし問題は、都道府県によって本人負担額の減額措置や、軽快者が病状悪化した場合の説明を記載しない。プライバシーにも触れる執拗な患者の家族の証明書等が求められる新たな事態が生まれております。補助金事業ですから、国は都道府県に対して指針を出しております。ところが、この国の指針に違うような都道府県の独自性ということで、先ほど言った減額措置が書いてなかったり、軽快者の悪化した取り扱いが書いてなかったり、こういう問題も起きておまして、難病患者は今、医療費の申請をするにあたって大変困った事態が生まれております。そういう点で、あした厚生労働省に対して是正の要望書を出しますが、患者会としては、実施主体が都道府県であっても、全国的に統一してもらいたいという事業もあるということについて、ぜひご理解を願いたいと思います。

最後に事務局へのお願いですが、難病患者を抱えて私自身が働いているため、資料を用意することができませんでした。後日、難病対策を担当している疾病対策課と連絡をとり、委員の皆さんへ、難病対策と保健事業の関係を示す資料をぜひ配布していただければ幸いです。以上であります。

(石井座長) ありがとうございます。お二人いっぺんで申しわけないですが、ご質問もお二方に随時、どちらに質問というふうに言っていただいて、お願いします。どうぞ。

(吉村委員) 先ほど、高野先生のほうから、こういう専門の人たちに対する今後の研修というふうなことをお話しになりましたが、これは保健所長という職務と、それから私どもは産業医養成という形で、どちらも、対象のところは若干違うとはいえ、予防という面で貢献している部分だと思います。それで、産業医のほうは法的に、安衛法等で産業医の設置、それから資格要件、それがきちっと法的に認められて、その後、臨床の先生方が非常にいろんな研修をされて、それぞれのところでご活躍というように思っておりますが、保健所のほうは医師であるということだけの条件で今まで進んでいるわけですが、今後、この展望に対してどういうふうにお考えか、高野先生にお聞きしたいと思います。

(高野代表世話人) 産業医に関しましては、吉村委員が言われましたように制度が徐々に確立をしていますし、今は非常に整備されているということは言えると思います。しかしながら、お尋ねの保健所長の資格に関する研修に関しましては、今、教育協議会では、まずは従来のメディカルスクールにおける医学教育改革の中でこれをどう取り扱っていくかと。非常に時間的にタイトでございますので、これを大学院レベル、あるいは持続教育レベルにどのように移していくかということを検討いたしております。そして、そうした大学院レベルでの教育、持続教育レベルでつけた実力をどういう形で、あかしといいますか、証明するかというような方法について検討中でございます。

(岡田会長) すみません、補足していいでしょうか。保健所長が産業医の資格をもっているかどうかということに関してですが、多くの保健所長は組織のリーダーとして、50人以上いますと、産業医を置かないといけないというようなことで、産業医の資格を取る方向で、例えば島根県ですと全員が取る方向で、今、進んでおります。多少は県によって差がありますが、積極的に医師会認定の産業医を保健所長もとっていかうと。そのことが地

域保健と産業保健を結びつけることに非常に有効ではないか、というような流れで進んでいる状況です。

(高野代表世話人) 産業医のほうは、会社でのマネジメントというようなところがかかってくると思いますが、もちろん行政の部分もありますが、保健所は地域のいろんな行政としての役割のところ。かなり機能的には似ている。ただ、物はちょっと違うという部分で、同じような構造の中でぜひその保健所長がそういう機能を果たして、両方が連携をして、予防というような形で認識されるといいとは思っております。

それでこの機会に、先ほど石井座長のほうから世論というようなことがございましたが、先ほど来、治療というものに対する社会のアプリシエーションといいますか、それと予防というものに対する社会のアプリシエーションというのは、かなり違うような感じがするんです。治療は、悪いわけですからよくなればいいわけですが、予防のほうは先ほどからお話が出ていますように、どうもなくて当たり前。先ほどの阪神大震災のときに、出なくてこれは当たり前と。しかし出れば、いろんなことが出ていますように、非常にたたかれる。しかし、いったんそういうふうなことが起これば、これはもう経済的な損失。今、効率、効率といろいろ言われますが、SARSと同じように大損害を及ぼすような、そういうふうなことになっているということをもう少し認識をしていかないと、単に一般の人たちが、今、どうもない時期にどういうふうにアプリシエーションするかということだけでは決められないのではないかと思います。以上です。

(石井座長) どうもありがとうございます。ほかにございませんか。どうぞ。

(金川委員) もうあまりお時間がないので、すみません、簡単にですが。今、高野先生のお話の中で、保健所長の研修のことで、大学院レベル、あるいは持続レベルというお言葉でございましたが、例えば大学院であれ、先生のお言葉でいえば持続レベルであれ、いわゆる公衆衛生医……、前に確かここでの具体性の検討という、公衆衛生医という表現があるのかどうかとかという議論もちょっとあったのですが、この協議会のところでは、例えば公衆衛生医とか、あるいは公衆衛生に関する専門医というようなことでのお考えとかということは、おありなのでしょう。先生に伺うのは、ちょっと違うのかもわかりませんが。

(高野代表世話人) 私の個人的な考えというよりも、教育協議会の中で議論されていますことは、当然、今言われましたような公衆衛生の専門医というような概念、専門性でございませぬ、これについては認識をして、そうした方向で進めております。

おそらく先生がお尋ねなのは、例えば米国であればスクール・オブ・パブリックヘルスがあり、MPHが出ると。逆に経済の世界で、MBAを取らずに責任的なポストにつく人はいないわけだから、衛生関係でもMPHをもってそうした一つの基準にしてはどうかと、こういう議論が一方であるわけで、そうした議論についてどう考えるかというようなことかと思えます。これに関しましては、私どももいろいろ調査をしておりますが、アメリカ型のスクール・オブ・パブリックヘルスというのは非常に人員も多くて、日本の10倍から

数十倍、場合によっては100倍近い教員で、このパブリックヘルスを教えておりまして、一つの大きな分野になっているわけですね。

こうしたものを導入するという考え方も、一つあるかと思いますが。そうした場合のスクール・オブ・パブリックヘルスは、医師だけがそこへ入るわけではなく、大学院レベルの教育ですから、いろいろなバックグラウンドをもった分野から入ってまいります。しかし日本の現状として、それがもしできないのであれば、大体今、大学の数を少なくしろというわけですから、そうした大学を新たにつくれないという現実に対してどうするかということに関しましては、今度は現在ある医学教育の中でこれをどういうふうに補完していくのかという議論が、もう一つあります。一番代表的な二つの議論というのは、そういうふうな議論で、その間でどういうふうに現実的な内容をしていくかというような議論を積み重ねているというのが現状でございます。

(櫻井委員) 今の全国難病協議会の坂本事務局長からのご発言、大変重いものだと思います。というのは、もともとこの問題は昔の分権推進委員会、今の分権改革推進会議の提言から起きているのだと思います。我々は、現場にいますから保健所長さんとのつき合いもありますし、いろんなことで保健所は何をやっているか十分わかっているつもりですが、分権改革推進会議の討議というのは、そういう現場のことは全くわからないでとにかく何か規制緩和をすれば世の中がよくなるような幻想に陥って、その結果どうなるかは全然考えないで提言していることに、我々は非常に憤りをもっているのです。

これは分権改革推進会議だけではなく、経済財政諮問会議も総合規制改革会議も全部そうなのですが、「規制緩和したら何が起きて、どうなるからどうだ」ということを全く考えないで、現場がわからないままに発言していることは非常に遺憾に思っていますので、今の坂本委員のご発言を聞いて、非常にこれは重い発言だなと思ったという、感想だけ述べさせていただいて終わりにします。

(石井座長) どうもありがとうございました。時間が遅れていて、なおかつ、司会役がまた言うてはまずいのかもしれませんが、一つだけ坂本事務局長にお伺いしたいのですが、さっきずっとお話しになっていたときに、患者さんに一番いろいろ接触しているのは保健師さんでしたっけ。医師の所長というのは、どんな感じでつながっていくんですか。

(坂本事務局長) 日常的な対応窓口は保健師さんとなるわけですが、とりわけ新しい課題が出てきたとき、先ほど言ったALSの痰吸引の問題だとか、難病相談支援センターだとか、そういうことにかかわって、病気を知った上で、どういう形で他の職種全体を束ねて新しい課題に立ち向かっていくのかという、計画立案とかそういうものは、保健所長さんが陣頭指揮に立ってやっていかざるを得ないと、そういう側面があるのだろうと思います。

(石井座長) どうもありがとうございました。ちょっと時間をオーバーしました。お二方、どうもありがとうございました。

それでは次の、統合施設の関係からお伺いしたいと思います。初めに神奈川県の保健所

と福祉事務所が統合されている事例ということで、次いで岡山県というようにお伺いしたいと思います。

初めに新倉室長にお願いいたします。

(新倉室長) 神奈川県衛生総務室長の新倉です。神奈川県の保健所業務、及び統合施設の現状について、ご説明させていただきます。資料の説明に入る前に、半裁の神奈川県の計画の図があらうかと思いますが、神奈川県の特徴としまして、横浜市と川崎市が政令都市と、そして中核都市としての横須賀市、それから地域保健法の施行令によります保健所政令市として相模原市ということで、四つの箇所保健所が別になっておりまして、これらの区域を除くところが神奈川県の所管ということになっております。そういったことを前提にご説明申し上げまして、資料7に基づいてご説明いたします。

神奈川県の「保健福祉事務所の組織及び業務について」。一つ目の保健所の組織ということでございます。保健所の統合施設と一口に申ししましても、出先機関と統合する場合、また環境部門と統合する場合、福祉事務所と統合する場合と、いくつかのバリエーションが考えられるわけです。神奈川県においては平成9年4月に、地域保健法の施行に合わせまして、保健・医療・福祉サービスの効果的な連携を目指して、保健所と福祉事務所を統合しまして、保健福祉事務所を設置いたしました。地域保健法及び社会福祉法により、設置が義務づけられている保健所及び福祉事務所を保健福祉事務所に併設した形をとっております。

設置にあたっては、二次医療圏ごとに2か所設置することとしまして、この役割分担としましては、一方はAタイプとして二次医療圏の企画調整を行いまして、他方はBタイプとして所管の区域のみを担当することといたしました。例えば表の一番右を見ていただきますと、県西地域に小田原保健福祉事務所、足柄上福祉事務所があるわけですが、組織の欄を見ていただきますと、所長、副所長、管理課は共通的にございまして、その下に小田原では企画調整室がありますが、足柄上にはございません。本県ではこの企画調整室がある事務所をAタイプ、ない事務所をBタイプということで、Aタイプは6か所、Bタイプが5か所、合計11の保健福祉事務所が現在設置されております。県西地域の隣に県北、津久井がございまして、当初、相模原市の保健福祉事務所が平成12年に移管したといったことで、現在1か所になっております。

こうした中で、企画調整室関係の下には、保健福祉部に三課、基本的に保健福祉課と保健予防課、生活福祉課と。さらに生活衛生部としては、環境衛生課、食品衛生課と。小田原の場合には温泉課、ちょっと特殊な課がございまして、そういったことで、基本的にはこういったAタイプのところがございます。

次に、それぞれの具体的な業務についてですが、この表の下にございます(2)の保健福祉事務所の業務についてでございますが、企画調整室においては、二次医療圏域の保健医療、福祉に関する企画調整、情報収集・提供等を行っております。具体的には、地域保健医療計画、高齢者保健福祉計画など、主要施策、計画の企画調整や、医務部門の許認可、

医務監視、衛生福祉の統計等の業務を行っているところでございます。

保健福祉部には三課あるとおりでありますが、業務的には記載のとおりでございますので、ごらんいただきたいと思っております。

以上のとおり、本県の組織の特徴と申し上げますと、単に保健所と福祉事務所を同じ組織の下に統合したということではなく、保健・医療・福祉業務の一体的な展開を図ると。従来の保健所業務と福祉事務所の業務にとらわれない部課制を設置した点にあり、保健所の機能と福祉事務所機能が連携して業務を進める体制をとったという点でございます。右側に地域保健法の6条に規定されている保健所機能について記載してございますが、これはごらんいただきたいと思っております。

次にここ数年、保健所の役割の変化を、市町村との関係を中心に説明いたします。2枚目をごらんいただきたいと思っております。大きな変化としては、市町村への業務移管に伴う役割の変化、また新たな課題への対応ということが、現状の役割の中で増加してきております。まず県から市町村へ業務移管についてですが、代表例を考えておりますが、①のとおり、平成9年には妊産婦・乳幼児保健指導、住民に身近な母子保健サービスや、一般栄養指導等の栄養相談事業が市町村に移管いたしました。平成12年には犬の登録や狂犬病予防注射等の事務が市町村に移管し、さらに平成14年には精神障害者保健福祉手帳の受付事務や施設等の利用についての相談など、精神保健福祉事業が市町村に移管したところでございます。平成15年には、知的障害者福祉法の制度利用に関する相談業務等の知的障害者事務が町村に移管いたしました。

このように、保健所業務が市町村へ移管する一方、保健所には新たな役割がふえてきておることもございます。大きく分けて3点ありますが、②のとおり、1点目は広域的機能・連絡調整機能として、SARSウイルス、西ナイルウイルス等、炭疽菌等、大変多種類、困難な事件と、そういった対応も、専門的、広域性を生かした地球規模の新たな課題への取り組みなどがございます。2点目としては、補完的機能として精神保健や難病患者など市町村では対応が困難な、処遇困難事例のフォローなどもございます。また3点目には、専門的機能として、介護保険制度や支援費制度の確実な定着を目指した取り組みなどが求められておりました、この支援制度はこの4月から始まった制度で、障害者福祉サービスについて、これまでの行政サービスの受け手を特定しサービス内容を決定してきた措置制度にかわって、障害者みずからがサービスを選択し、契約によってサービスを利用する仕組みのことでございます。

こうした保健所と市町村の役割分担について、国では(4)、①のとおり指針を示しております。それによれば、保健所は地域保健に関する広域的・専門的かつ技術的拠点としての機能を強化するほか、地域の医師会の協力の下に医療機関との連携を図ると。また市町村は、住民に身近で利用頻度の高い保健、福祉サービスを一元的に実施すると。市町村保健センター等の制度の整備を積極的に推進すると。そういうことで、ライフサイクルを通して一貫した保健、医療、福祉サービスの提供をすることが重要であるとしております。

本県においても、保健福祉事務所の設置にあたっては、市町村は乳児から高齢者まで、地域住民の生涯を通じた健康づくりを一元的に推進し、県は地域における広域的、専門的、技術的拠点としての機能強化を図り、市町村への技術的支援や市町村の専門職員に対する研修なども行っているところでございます。

2番目の説明事項であります「統合組織の現状」でございますが、①の目的です。保健所と福祉事務所の統合した目的は、先ほど申し上げました広域的、専門的、技術的サービスを提供するとともに、保健、福祉の業務を一体的に展開して、市町村の保健・福祉業務を一元的に支援するというところでございます。そのために、保健福祉事務所の機能強化を図りましたが、強化の視点としては、私のほうとしては三つの視点をあげてございます。

1点目としては、企画調整機能の強化と。先ほど話しましたとおり、Aタイプの保健所に企画調整室を設置しまして、二次医療圏域、保健福祉圏域を単位とした保健・医療・福祉の総合的企画調整機能の強化を図ったと。

2点目は、保健、医療、福祉の一体的なサービスの提供に向けた仕組みづくりということで、生活保護法等の福祉事務所が所掌する事務以外の福祉業務と、母子保健、養育指導、老人保健などの保健所業務を一本化してして、情報の収集・提供、市町村への支援機能の強化を図ると。さらには保健師の業務拡大として、保健師の専門的知識をさまざまな分野に活用するため、企画調整、介護保険等、新たな役割をもって保健師をそれぞれのセクションに配置し、地域保健の推進の強化を図ってきたところでございます。

次に組織ですが、③をごらんください。アのとおり、行政組織は、繰り返しになりますが保健福祉事務所は保健所、福祉事務所が併設の形をとっていますので、イのとおり保健所長がこれらの保健福祉事務所長、保健所長、福祉事務所長を、当然こういうことで兼ねることとし、組織の一体的な運営のため、明確な指揮命令系統の構築に配慮したという点でございます。

具体的には、3ページをごらんいただきたいと思います。再編の例としまして、小田原保健福祉事務所を例にとりてございますが、左側が再編前の状況で、保健所は単独で設置してございました。福祉事務所は総合的な出先機関である行政センターの一部門に設置してございました。右側が再編後の状況で、保健福祉事務所と、保健所・福祉事務所と、併設型となっております。前後に比べていただきますと、企画調整室が設置され、再編前の保健衛生部が保健福祉部というように再編してございます。再編前の保健衛生部の健康指導課は保健師のみで構成してございましたが、先ほど説明したとおり、保健師の専門性の活用という点では、企画調整室と保健福祉課、保健予防課にそれぞれ役割をもって配置しているところでございます。

次に、統合によるメリット、デメリットでございますが、メリットとしては五つほど掲げてございます。

保健、福祉相互の情報収集の共有化が進んで、地域での取り組み状況、課題の幅広い把握が可能になった。